

RED METROPOLITANA DE SALUD DEL VALLE DE ABURRÁ,**¿UN CASO DE GOBERNANZA EN SALUD?¹**Liliana Galeano Sarmiento² y Alejandro Posada Jiménez³**RESUMEN**

El Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA) consciente de que los temas de salud son una necesidad colectiva y que la articulación mediante redes son estrategias eficaces para lograr objetivos, emprendió junto con otros actores la conformación de la Red Metropolitana de Salud (REMES). Lo que además estuvo acompañado de un marco normativo favorable, experiencias previas de asociatividad vividas por el sector salud y un ambiente propicio de articulación de los actores involucrados. En este texto interesa analizar de qué manera dicha experiencia se asemeja a un caso de gobernanza en salud. Se buscó comprender el abordaje de las problemáticas que están en juego, analizar el papel desempeñado por los actores, indagar cómo las normas sociales fueron formuladas e implementadas, así como caracterizar los espacios de interacción y su relación con los cambios propuestos. Se desarrollaron herramientas cualitativas y cuantitativas que permitieron describir el caso estudiado y hacer una comparación con el marco teórico. Se encontraron algunas similitudes de la REMES con los atributos de la gobernanza en salud en lo relacionado con las normas sociales y la equidad en salud, y diferencias en la poca inclusión de actores privados, la participación social y la fragmentación en la construcción colectiva. Finalmente, se visualiza la pertinencia del estudio de la gobernanza en salud para el estudio de redes, en tanto amplía la mirada dada a estos temas.

¹ Artículo para optar a la Maestría en Gobierno y Políticas Públicas de la universidad EAFIT. Contó con la asesoría de María Helena Franco Vargas, y de los asesores metodológicos Adolfo Eslava Gómez y Germán Valencia. Se contó con el apoyo del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Institución Universitaria Esumer, promotores y operadores de la REMES.

² Socióloga, especialista en Prospectiva, lilianagaleano.sarmiento@gmail.com

³ Abogado, especialista en Derecho Administrativo, alejo_posada@yahoo.es

PALABRAS CLAVES:

Gobernanza, gobernanza en salud, redes en salud, atributos de la gobernanza en salud, análisis de actores.

ABSTRACT

The metropolitan area of the Valley of Aburrá (Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA)), being conscious about the way in which health issues are a collective necessity, and knowing that the articulation through networks is fundamental to achieve goals, undertook along with three other actors the conformation of the Metropolitan Health Network (REMES, Red Metropolitana de Salud). This was accompanied with a favorable normative frame, previous experiences of associativity which were experienced by the health area, and a proper environment of the involved actors' articulation. This text analyzes the way in which the aforementioned experience is similar to a case in health governance. We sought to comprehend the approach to related issues, to analyze the role played by the actors, to inquire how social norms were formulated and implemented as well as to characterize the interaction spaces and their relationship with the changes stipulated.

We developed as well, qualitative and quantitative tools that allowed us to describe the case, and make a comparison with its respective theory. We found several similarities of the REMES with the attributes of the health governance in relation to social norms and health equality, and differences with the little inclusion of private actors, the social participation, and the fragmentation of collective construction. Finally, this paper portrays the pertinence of the case study in health governance for the networks study, while it expands the perspectives related to these topics.

KEYWORDS:

Governance, Governance in Health, Health Networks , Attributes Health Governance, Analysis Actors.

INTRODUCCIÓN

El trabajo desarrollado se interesó en responder al siguiente interrogante: ¿de qué manera la implementación de la REMES del Valle de Aburrá se asemeja a los atributos de la gobernanza en salud? Para ello buscó comprender si la implementación de la REMES respondía a los atributos de la gobernanza en salud, en relación con cuatro aspectos: las problemáticas, los actores, las normas sociales y los espacios de interacción.

Para lo anterior se partió de la hipótesis de que la REMES se asemeja a algunas atributos de la gobernanza en salud en términos de que: (a) sus apuestas apuntan a una transformación de las problemáticas de salud de sus municipios, en especial en la búsqueda de mayor equidad en salud, mediante acciones intersectoriales y de participación social; en las cuales (b) los actores se relacionan de manera horizontal y buscan ejercer liderazgos estratégicos, negocian intereses individuales por intereses colectivos para influir en el desarrollo de la política pública de salud; para ello, (c) construyen conjuntamente y comparten las normas sociales que determinarán la profundización de sus relaciones; y que (d) orientan los espacios en donde se toman decisiones a favor de los propósitos colectivo.

El presente análisis hace una lectura académica de la REMES para brindar argumentos teóricos a los tomadores de decisión que permita fortalecer las políticas públicas en torno a los elementos que brindaron la gobernanza en salud, tales como:

- El abordaje de problemas que parten de la necesidad de los diferentes actores y que logran consensos en busca de transformaciones sociales.
- El análisis de los actores que permita trascender la comprensión del relacionamiento jerárquico por el de relacionamiento horizontal.
- La indagación por la construcción de normas sociales como reglas de juego, tanto formales como no formales, que orientan decisiones.
- La generación de espacios de interacción en donde convergen actores, problemas y normas en búsqueda del cambio.

En la estructura del análisis se presentan los antecedentes del caso, el marco teórico, la metodología, los hallazgos, resultados, conclusiones y recomendaciones. Los antecedentes arrojaron tres elementos que brindaron las referencias generales del caso: el desarrollo normativo, las experiencias previas de asociatividad del sector salud y las apuestas de articulación de los actores involucrados. El marco teórico se sustentó en el estudio del ciclo de las políticas públicas, haciendo énfasis en la gobernanza como modelo de implementación, para luego abordar la gobernanza en salud y sus atributos. La metodología se centró en los estudios de caso, retomando herramientas cualitativas como las entrevistas semiestructuradas y la revisión documental, y cuantitativas como el análisis de actores – MACTOR, que brindaron información para llegar a los hallazgos y resultados finales, en que se encuentran algunas similitudes y diferencias entre los atributos de la gobernanza en salud y el caso de REMES.

1 ANTECEDENTES

La REMES es un programa aprobado en el Acuerdo Metropolitano 09 de 2013 “por medio del cual se crea y conforma la Red Metropolitana de Salud” (2013), que se encuentra enmarcado en el Acuerdo Metropolitano 012 de 2012, el cual “establece el Plan de Gestión Pura Vida y el plan plurianual de inversiones 2012–2015” (2012) del AMVA⁴, teniendo como precedente la clasificación de la salud como un hecho metropolitano en el Acuerdo Metropolitano 04 de (1999). Esta iniciativa de carácter pública busca aportar a la integración del Valle de Aburrá como subregión⁵ para el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes metropolitanos en relación a los temas de salud. En este sentido, se ha propuesto en estos cuatro años apoyar a los municipios a superar algunas debilidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de un esquema de red que permita la coordinación y articulación de los servicios de salud. Este programa nace por la confluencia de diferentes antecedentes. Se encuentra, el desarrollo normativo que propende por la organización del sistema de salud en redes, las iniciativas

⁴ Es una entidad administrativa de derecho público que asocia a 9 de los 10 municipios que conforman el Valle de Aburrá: Medellín, Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Itagüí, La Estrella, Sabaneta y Caldas. Sin embargo para la REMES se contó con la participación de Envigado, municipio que hace parte del Valle de Aburrá y no está asociado a este esquema territorial.

⁵ Subregión es la manera como se nombra a la subdivisión del territorio departamental, para Antioquia existen nueve subregiones, el Valle de Aburrá es una de ellas. En adelante, cuando se hace mención a Valle de Aburrá y subregión se entenderá lo mismo.

asociativas previas en la subregión Valle de Aburrá para el sector salud y las apuestas de articulación en la búsqueda de soluciones más integrales para la subregión.

De esta manera, el desarrollo normativo sustenta la necesidad de organizar los sistema de salud en redes y Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS⁶), soportados en el modelo de Estado Social de Derecho implementado por la Constitución Política (1991); que en sus artículos 48 y 49 concibe la seguridad social en salud como un servicio público que puede ser prestado por entidades públicas o privadas, bajo las políticas que fije el Estado, también encargado de su vigilancia y control. A partir de esta consagración constitucional se han expedido, especialmente en materia de salud, la Ley 100 de 1993, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, que considera la existencia de la red prestadores de salud (1993); posteriormente, la Ley 1438 de 2011, “por medio de esta se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” (2011), que reguló de manera expresa la existencia de RISS como estrategia, dejando mayor claridad sobre su vida jurídica y estableciendo la obligatoriedad de prestar los servicios de salud a través de redes; y por último, conviene mencionar la recién aprobada Ley estatutaria 1751 de 2015 “donde se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” (2015), y reafirmó que la salud en Colombia debe estar organizada en redes integrales de servicios.

Con relación a las iniciativas asociativas, se muestra la creciente importancia que le ha dado el sector salud a esta manera de trabajar, en búsqueda de la superación de las problemáticas importantes del sector. Una de estas es la creación del Clúster⁷ de Servicios de Medicina y Odontología, liderado por la Alcaldía de Medellín, la Cámara de Comercio de Medellín por Antioquia (CCMA) y empresas del sector salud, que encontraron en la asociatividad y el trabajo en red una manera de impactar el desarrollo empresarial y de la salud en la región. Se suma la creación en Medellín de Metrosalud como una red prestadora de servicios de salud, y los intentos

⁶ Las RISS van más allá de la articulación de actores, como menciona Morales (2011), refiere también a la definición colectiva de un fin coordinado por los actores participantes de esta. En el presente estudio están relacionadas con la mejora de la salud de la población.

⁷ Los clústeres son un esquema de competitividad regional, que va más allá de las cadenas productivas. “porque involucra a todas aquellas actividades e instituciones necesarias para la competitividad de un producto o servicio dado, en una región claramente definida geográficamente” (Camara de Comercio de Medellin para Antioquia, 2006, pág. 55)

de las Empresas Sociales del Estado (ESE) por conformar RISS. Estas iniciativas han sido insumos para crear un ambiente propicio para el establecimiento de la REMES.

Finalmente, respecto a la articulación de actores como el AMVA, los 10 Municipios del Valle de Aburrá y los aliados, en especial CCMA y Esumer⁸, estos han liderado propuestas regionales de trabajo en red, en las cuales se promueve la articulación como un potente desarrollador de un sector o un territorio.

En vía de lo mencionado, los antecedentes normativos, las iniciativas asociativas y las apuesta de articulación de los actores emergen como elementos significativos para la creación de la REMES como una experiencia que busca generar cambios de mayor alcance para el sector salud en el Valle de Aburrá, desde una apuesta de relacionamiento horizontal que involucra a los diferentes actores, aspectos que son características constitutivas de la gobernanza en salud (Hufty, 2010).

2 LA GOBERNANZA EN SALUD EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para el estudio de la REMES, como caso de gobernanza en salud, se tomó como base cinco elementos teóricos: (a) políticas públicas, (b) la implementación de las políticas públicas en el marco del ciclo de las políticas públicas, (c) gobernanza como modelo de implementación de políticas públicas, (d) gobernanza en salud y su marco de análisis y, finalmente, (e) las redes en salud, como se describe en la ilustración 1.

⁸ Las Instituciones CCMA y Esumer han sido dos aliadas a la REMES en tanto han sido operadoras de las diferentes fases, para ello han firmado convenios de cooperación con el AMVA. La CCMA en la primer fase y Esumer en las siguientes.

Ilustración 1: Sistema de Análisis Teórico



Fuente: Elaboración propia, con elementos de (Roth, 2014) y (Prats, 2005) y (Hufty, 2010)

2.1 Políticas públicas

Lo político ha dejado de ser entendido como el eje central de la vida social y de la construcción del Estado. Se ha hecho necesario su convivencia con otros aspectos de la vida social, esta manera de comprender las relaciones ha llevado a la aparición de nuevos modelos que buscan una mayor horizontalidad e integralidad, es por ello que el interrogante central que hoy se hace el Estado es cuánto y cómo intervenir. Esta pregunta ha propiciado la aparición de nuevas formas de hacer política. Se ubicará allí las políticas públicas, entendida como:

Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, de medios acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental, con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivo para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática (Roth, 2014, pág. 39)

Así, la política pública se presenta como acción gubernamental con propósitos públicos. Esta acepción es la que interesa indagar, en tanto refiere a la comprensión de la política pública como

construcción social que tiene diferentes manifestaciones y maneras de ser abordadas, en este marco se centrará el trabajo en el ciclo de las políticas públicas.

El análisis del ciclo de las políticas públicas o también conocido como el marco secuencial, ha sido abordado por diversos autores como Laswell y Jones en (Roth, 2014), este se presenta como una herramienta de análisis que desde una perspectiva racional y lineal presenta una forma de comprender la realidad política, que facilita la delimitación y entendimiento del objeto de análisis.

El presente trabajo, tomará del ciclo de políticas públicas, sus herramientas teóricas, enfoques, modelos y operatividad, para hacer una mejor comprensión de este caso que busca hacer aportes a la política pública de salud de los 10 municipios de la subregión Valle de Aburrá. Se presenta a continuación las bases centrales que serán abordadas, retomando los trabajos realizados por Roth (2014) y Prats (2005).

2.2 Implementación de las políticas públicas

El ciclo de las políticas públicas, tomando como base a Roth (2014), contempla cuatro fases: (a) la definición del problema público y la agenda política, (b) la formulación de soluciones y decisiones, (c) la implementación de estas decisiones y (d) la evaluación de políticas públicas. Este trabajo se centrará solo en una de estas etapas, como es la implementación de las decisiones, y será comprendida más allá de la concepción técnica incluyendo el carácter político, social e intereses. Así, se busca comprender esta etapa como la manera en que se ponen en gestión y ejecución los elementos priorizados de carácter público, esta es una etapa central en la política, pues, es en esta en donde se materializa los propósitos y la búsqueda de soluciones.

Esta etapa del ciclo de las políticas públicas se analiza desde tres miradas: (a) enfoques, (b) operatividad y (c) modelos. Desde los enfoques se tienen tres maneras de abordarlos: *Top down*, *Bottom up* y el mixto. El primero, hace referencia a modelos de implementación jerarquizados, de un orden administrativo, denominado de arriba hacia abajo o del centro a la periferia, y con un énfasis en el cumplimiento de las normas, las reglas y la eficiencia, realizando una separación

entre la formulación y la implementación; en este enfoque se pueden ubicar modelos como el burocrático, post-burocrático e, incluso, el gerencial, los cuales serán abordados más adelante.

El segundo enfoque (*Bottom up*) corresponde a una perspectiva crítica de la implementación que prioriza el consenso, la delegación informal de la autoridad partiendo de propuestas centradas en la base donde se generan los problemas, parte de orientaciones de abajo hacia arriba o de la periferia al centro; en este enfoque se puede incluir modelos inspirados en las Teorías de Elección Racional y el *Public Choice*.

Un tercer enfoque son los mixtos, que presentan elementos evolutivos de los anteriores, partiendo de la idea que es complejo encasillar la implementación de políticas públicas en un solo modelo, por ello pueden encontrarse otros que guardan características de ambos, como es el caso del buen gobierno, gobernanza y nueva gobernanza, en donde se hará énfasis en este trabajo

Con relación a la operatividad de la implementación de las políticas públicas, se ubicará una triada: la política, el programa y el proyecto. Estos permiten visualizar el nivel en que la implementación se encuentra, la política hace referencia a aspectos relacionados con la orientación general, “que se desarrollan mediante programas que se concretan en proyectos” (Roth, 2014, p. 41). El programa –o “líneas” como se encuentra en alguna literatura– hace referencia a aspectos de orden más estratégico y, por último, el proyecto está más referido al corto plazo, las acciones centrales y por tal a la ejecución para llevar a cabo la implementación de una política.

Otro asunto a analizar son los modelos que asume la administración pública en el marco de la implementación de políticas públicas, retomando a Prats (2005), se plantean tres modelos: burocrático, Nueva Gestión Pública (NGP) y la gobernanza, los cuales responden a modelos históricos de implementación de políticas, como se amplía a continuación.

El modelo burocrático se inicia entre los años 50 y 60 del siglo XX como una apuesta de la racionalidad legal, los conceptos y preceptos centrales están relacionados con la idea de

organizaciones administrativas que separan los intereses públicos de los privados, el respeto a la jerarquía, la selección basada en méritos, la obediencia emanada de la racionalidad con límites.

La NGP aparece en los años 70, teniendo apogeo hasta mediados de los años 90. Nace como una crítica al modelo burocrático el cual no respondía a los cambios que traían estas nuevas décadas. Entre los preceptos centrales se destaca la gestión orientada a resultados, la búsqueda de eficiencia, la delegación de funciones, la mirada del ciudadano como cliente que, además, tienen derecho a decidir entre diferentes oferentes, la tercerización, separación de la formulación de políticas y la provisión de servicios, teniendo como ejemplo la gestión privada.

Finalmente, el tercer modelo es el referido a la gobernanza, el cual surge a mediados de la década de los 90. Menciona Prats (2005) que se genera como agotamiento del modelo de NGP en busca de abarcar otros elementos modernos como la interdependencia en la construcción del Estado y nuevos retos que tenía la democracia de los años 90, asuntos que no se explicaban desde la eficiencia y el *management*. Es por ello que surge la gobernanza, priorizando en el centro de su análisis la interacción de los distintos niveles de gobierno y de estos con las empresas y la sociedad civil, a continuación se ampliará este modelo:

2.3 Gobernanza como modelo de implementación de políticas públicas

Teniendo en cuenta los modelos de la implementación de la política pública, se retoma teóricamente la gobernanza, desde los siguientes autores, Salamon (2002), Hufty (2010), Roth (2014) y Prats (2005).

Según Salamon (2002), en la gobernanza o “La Nueva Gobernanza” se vinculan otros agentes diferentes del gobierno, los cuales prestan servicios al Estado y ocupan por los asuntos públicos. Al involucrar de manera conjunta a los gobiernos y una serie de agentes externos se interesa especialmente por las relaciones entre estos, por tanto es objeto de interés en este estudio las redes organizacionales, las interacciones, más que los temas de jerarquía y control.

Según Hufty (2010), la gobernanza ha sido históricamente abordada desde diferentes puntos de vista: *corporate governance*, en que la organización es entendida como un espacio de cooperación y conflictos de diferentes actores, los cuales tienen tres mecanismos de coordinación (verticales, horizontales e informales). Gobernanza Global: refiere a los diferentes acuerdos que establecieron los países, donde se encuentran diversos intereses y conflictos en los cuales se buscaban generar consensos. Gobernanza moderna: nace después de la crisis de gobernabilidad de los estados en los 70, la sociedad comienza a organizarse no solo desde la dualidad Estado-mercado, sino también a través de redes autónomas, las cuales en muchos casos reemplazan las funciones del Gobierno. La pregunta central de la gobernanza moderna es cómo lograr la coordinación de diferentes actores sin que mediara una autoridad vertical. La buena gobernabilidad: tiene una connotación normativa referida al deber ser, ubicándose en el campo político y no en el campo analítico.

La gobernanza se presenta para Hufty como marco de análisis más que como una apuesta normativa, la cual se adapta a cada caso de estudio, "La gobernanza se refiere aquí a una clase de hechos sociales, los procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y de elaboración de normas sociales con relación a asuntos públicos" (2010, pág. 48).

Roth aclara que el concepto de "buen gobierno" fue progresivamente sustituido durante la década de 1990 por el concepto de gobernanza" (2014, pág. 16) y que este se refiere a una articulación de diversos actores, en la cual uno solo no puede por sí mismo ostentar el control de la política denomínese estado o mercado por tanto el camino que queda es la coproducción de diversos actores sociales, económicos y gubernamentales.

Roth y Molina (2013) ubican la importancia de la gobernanza desde dos ámbitos; el primero referido a la preponderancia del enfoque neoinstitucionalista en las ciencias sociales; y la segunda, a la importancia que en la gestión pública ha tomado la cooperación entre diferentes organizaciones como una evolución del modelo de intervención pública. Consideran que la gobernanza "hace referencia a la evolución del estado contemporáneo hacia modelos de acción pública que involucran, sobre un modo más horizontal que vertical, a varias organizaciones". (2013, pág. 46).

Por su parte, Prats (2005) reconoce la gobernanza como un nuevo paradigma de gobernar, y el cual no implica una universalización, sino un modo de comprender y de reformar aquellos asuntos que ya no explican la burocracia y la NGP. La gobernanza se ubica en el campo de las interacciones de los diferentes niveles del gobierno y de este con las organizaciones privadas y de la sociedad civil, contemplando como elemento principal del actuar público al ciudadano.

La gobernanza aparece así como un concepto muy próximo a las redes de políticas públicas y a los marcos o arreglos institucionales. Esta semejanza resulta muy evidente en las aproximaciones del así llamado institucionalismo centrado en los actores ... que se combina a menudo con otras aproximaciones como la teoría de juegos o la teoría de los intercambios" (Prats, 2005, pág. 137)

En el marco del desarrollo teórico de la gobernanza como sustento para la relación de ésta con las redes, se hace necesario articular este análisis a la mirada sectorial de la salud, a continuación se profundizará sobre la gobernanza en salud.

2.4 Gobernanza en salud y su marco de análisis

Interesa estudiar la gobernanza en un sector específico como es el de la salud, en tanto se entiende que la gestión pública o la implementación de políticas públicas que tiene este sector ha venido teniendo cambios de paradigmas que involucra una nuevas miradas que no se explican en su totalidad en los modelos burocrático, el gerencial o el de la NGP, se presentan en este apartado la visión institucional que tiene la Organización Mundial de la Salud (OMS) y autores como Roth y Molina (2013), Hufty (2010) y Labonté (2010).

La OMS ha definido la gobernanza en los sistemas de salud como “La participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles” (Roth & Molina, Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013, 2013, pág. 47) En esta definición se observa una acepción de orden práctica y normativa, en tanto muestra cómo se operativiza la gobernanza, pero también indica hacia donde debe apuntar la gobernanza en sistemas de salud, poniendo la equidad como propósito superior.

Roth y Molina (2013) plantean sobre la gobernanza en temas relacionados con la salud pública que esta indaga por las reglas de juego, tanto formales como no formales, en la toma de decisión, la expresión y solución de los conflictos, y de manera central el papel que juegan los actores en ese proceso de coordinación —es de por sí un análisis del poder de los actores en las apuestas colectivas—.

En un estudio realizado por estos dos autores para Colombia entre los años 2012 y 2013, se analizó los procesos de toma de decisión en temas de salud pública y se hallaron tres problemas centrales: (a) la capacidad de rectoría y gobernanza; (b) la articulación y la cooperación intersectorial e interinstitucional; y (c) los sistemas de información.

El análisis de resultados obtenidos en la investigación le permitió a los autores proponer nuevos enfoques de cómo abordar el tema de gobernanza en salud a la luz del Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSSC), proponen para tener mejores resultados enfoques como el de gobernanza compartida en salud, la cual concibe la articulación de diversos actores, pero contempla cambios axiológicos en el modelo de salud, no solo basado en competencia y ánimo de lucro.

Los autores también aclaran que la concepción de la buena gobernanza para los temas de salud “es entendida como la capacidad del ente rector para generar procesos de toma e implementación de decisiones responsables, transparentes, efectivas y eficientes, que minimicen la corrupción y que produzcan equidad y sostenibilidad en los sistemas de salud” (Prats, 2005, pág. 53)

Labonté (2010) presenta una visión diferente sobre el tema de gobernanza en salud; considera que el tema debe abordarse con cuidado, en tanto esta puede debilitar el papel del gobierno, ve la gobernanza en la vía de un estado neoliberal y advierte los peligros que implica que sean los privados los que se queden con la contratación de los servicios públicos, degenerando en una mayor desigualdad de la salud; pero resalta dos atributos centrales de la gobernanza como son la transparencia y la participación.

Con relación a la transparencia, Labonté resalta que esta ayuda, siempre y cuando sea posible en el ámbito local que la información recolectada sea asequible y pueda ser transmitida adecuadamente a las comunidades, ayudando de esta manera a la equidad en salud. En los temas de participación, lo ve como un atributo que posibilita que los sistemas de salud sean más equitativos, en tanto son los ciudadanos los que exigen mejoras del mismo, sin embargo advierte la necesidad de cuestionar tres aspectos:

- *"Participation in what"* (Labonté, 2010, pág. 68). Indaga por las formas de participación, haciendo un comparativo en sistemas de salud donde la participación ha servido para garantizar derechos y para la toma de decisiones versus otros países en donde ha servido como trabajo voluntario para llenar ciertos vacíos financieros de las estrategias de salud.
- *"Participation by whom?"* (Labonté, 2010, pág. 69). Invita a hacer una reflexión en cuanto al concepto mismo de comunidad en la participación, si este es entendido en una acepción solo geográfica o también de pertenencia, en donde se busca el real acceso de esta en la toma de decisiones, y de voces que normalmente no se escuchan.
- *"Participation where?"* (Labonté, 2010, pág. 69). Cuestiona la idealización de si la descentralización logra mejorar los sistemas de salud, por tanto llama la atención sobre la importancia de no caer en localismos que aumenten la desigualdad.

El trabajo de Hufty parte de aclarar que el concepto de gobernanza en sistemas de salud se usa en la siguiente acepción:

De acuerdo con dos grandes perspectivas: como un marco normativo apuntando al cambio social o como un marco de análisis que explore los sistemas de coordinación no jerárquicos. En este caso cuenta con las siguientes características: los actores y lugares para la toma de decisión son múltiples, son formales (reconocidos por una autoridad) tanto como informales y las relaciones entre los actores son horizontales más que verticales, con una tendencia a ser autorreguladas. (2010, pág. 4).

Desde Hufty, la gobernanza se aborda como marco de análisis (MAG) y no como una apuesta normativa sino analítica que se adapta a cada sociedad, "esta es una metodología centrada en los actores. Las normas sociales están íntimamente ligadas a los actores, sus conductas e

interacciones, y condicionadas por sus características: identidad, poder, intereses, ideas e historias” (2010, pág. 54). Consta de cinco categorías analíticas: los problemas, los actores, los puntos nodales, las normas y los procesos:

1. Problemas: refiere a los asuntos que están en juego, al deconstruir y reconstruir el problema. Un elemento clave de la definición del problema es que esté se haga de manera colectiva.
2. Actores: son el eje central del análisis de la gobernanza, pretende analizar el entramado de relaciones de estos, su capital social y los intereses en juego de los mismos. La metodología propuesta por MAG parte de un análisis de poder de los actores. Se propone en la metodología dividir los actores en tres categorías: estratégicos, relevantes y secundarios. Interesa en el análisis de actores indagar por los puntos nodales.
3. Puntos nodales: son espacios físicos virtuales “en donde convergen, en un proceso de gobernanza dado, problemas, actores, procesos (tiempo y espacio), en donde se toman decisiones, se concluyen acuerdos y se elaboran normas sociales. (Hufty, 2010, pág. 56)
4. Normas sociales: entendidas como reglas del juego, son concebidas en tres niveles: (a) son conocidas y aceptadas, (b) pueden ser debatidas y cambiadas y (c) la meta gobernanza referida a cómo se van a definir las reglas y los actores legítimos. Las normas en la gobernanza pueden ser redefinidas por acción colectiva.
5. Procesos: son estados dinámicos, los cuales pretenden visualizar los factores favorables al cambio, por tanto se centra en estudiar la evolución de los puntos nodales (las tramas de interacciones de los actores y su relación con el cambio).

2.5 Redes en salud

La construcción teórica de las redes en salud ha sido estudiada de manera más amplia desde el concepto de RISS. La introducción a este concepto fue en principio utilizado por Gillies en 1993, al definirlos como un conjunto de “organizaciones que ordenan o proveen un continuum de

servicios coordinados a una población definida y toman la responsabilidad de los resultados clínicos y fiscales, así como del estado de salud de la población beneficiada” (Morales, 2011, pág. 6).

Las RISS han sido abordadas por autores como Wan y colaboradores (Morales, 2011) como la integración de tres factores: atención, calidad y acceso desde un contexto geográfico específico y de gestión de los recursos adecuados. La Organización Panamericana de Salud (OPS) definió las RISS como la gestión de servicios de salud, desde la perspectiva preventiva y curativa, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud.

Se encuentra, por tanto, tres niveles de redes acorde a sus objetivos:

- Primer nivel: mejorar la calidad de la prestación de servicios y mejorar la comunicación
- Segundo nivel: colaboración entre instituciones y servicios complementarios para optimizar recursos y mejorar condiciones a los usuarios
- Tercer nivel: red de redes, que busca promoción de alianzas

Este último nivel de redes es más cercana a las reflexiones sobre la gobernanza, en tanto se caracterizan por los siguientes aspectos definidos por Morales (2011):

- Grado de autonomía de los actores: Poder de decisión
- El equilibrio de intereses
- Sistemas de información
- Incentivos financieros
- Sistemas administrativos
- Apoyo clínico
- Recursos humanos
- Participación de las comunidades

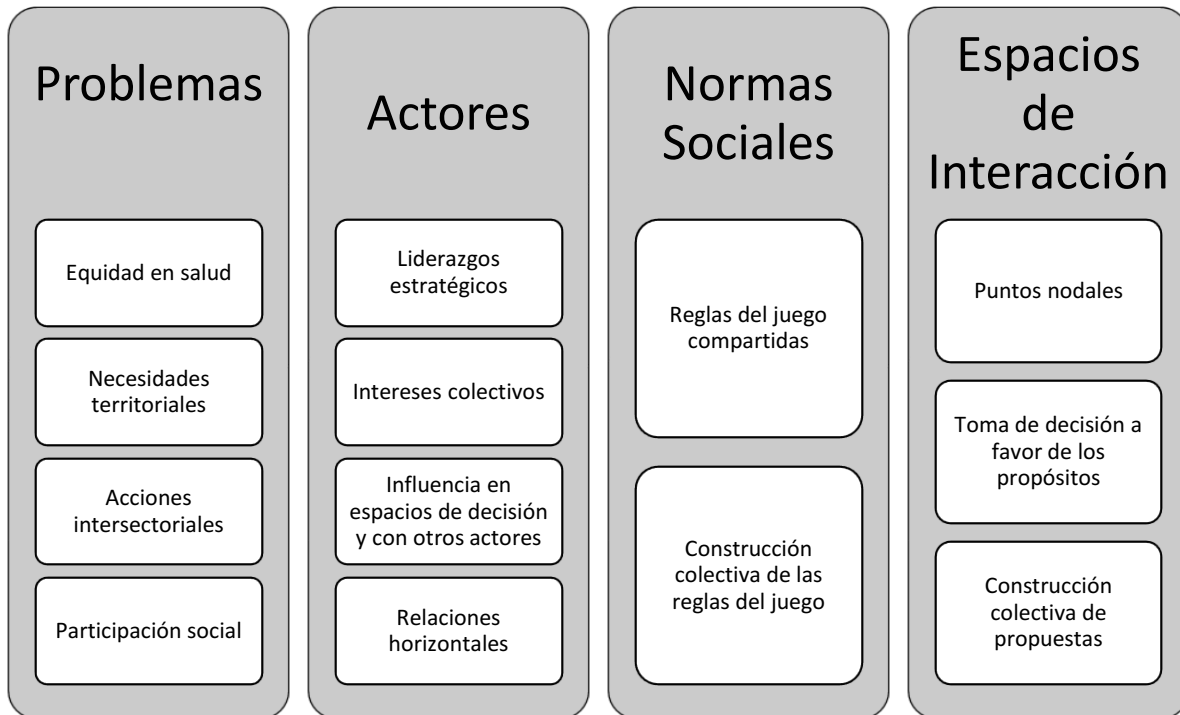
3 METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los estudios de caso, según Lerma (2009), tienen como finalidad una mayor comprensión de las actuaciones de individuo, grupo, o institución que se estudia, permitiendo realizar un análisis de mayor profundidad sobre lo acontecido, sin embargo se retoma el estudio de caso de una red como espacios de diversas articulaciones de actores individuales y organizacionales.

Para lo anterior y teniendo en cuenta la reflexión de Sarabia (Martinez, 2006), la investigación actual tiene normalmente una tríada inductivo-hipotético-deductivo, así mismo el presente trabajo partirá de hacer un ejercicio inductivo-hipotético para luego hacer reflexiones deductivas que permitan generar una reflexión sobre el tema abordado.

Teniendo en cuenta el trabajo realizado por Hufty (2010) sobre MAG- se propone abordar las siguientes categorías y subcategorías de análisis (Ilustración 2), que se han denominado para el presente trabajo atributos de la gobernanza en salud.

Ilustración 2. Categorías y subcategorías de análisis de la gobernanza en salud



Fuente: Elaboración propia, retomando (Hufty, 2010)

Teniendo en cuenta lo anterior, se dividirá el ejercicio metodológico en dos momentos: el primero en el que se realizará una descripción general de los problemas, los actores, las reglas de juego y los espacios de interacción de la REMES; en un segundo momento, se hará el análisis comparativo de los atributos de la gobernanza en salud con la REMES, buscando brechas y elementos de validación entre estos dos para lograr deducir si la REMES es una experiencia que se asemeja a la gobernanza en salud.

3.1 Instrumentos de recolección de información

A partir de las dimensiones y categorías de análisis se diseñaron los instrumentos para la recolección de información, entre los cuales se encuentran las herramientas cualitativas: documentación de fuentes mediante líneas del tiempo documental y entrevistas semiestructuradas; y la herramienta cuantitativa de análisis de actores desarrollado bajo el MACTOR. Estas serán explicadas a continuación.

3.1.1 Análisis Documental

El análisis documental constituye una de las etapas iniciales de la recolección de información general, sin embargo esta también puede ser modificada o enriquecida a lo largo del ejercicio investigativo, permitiendo plantear categorías de análisis, reformulando o ayudando en los análisis de los resultados finales, la recolección de documentos permiten “al investigador estudiar el lenguaje escrito y gráfico de los participantes” (Hernández, 2014)

La recolección de esta información se realizó a través de los documentos que tenía el equipo de trabajo del AMVA, en total se procesaron 3.302 documentos, los cuales, en su mayoría corresponde a listados de asistencia, fotografías y actas producidas a lo largo de la ejecución del programa. En segunda instancia, se encuentran documentos producidos por los municipios y por el equipo del AMVA, tanto técnicos, como propuestas, contratos y gestión del recurso humano, así como un número importante de información secundaria que soporta problemáticas o proyectos de salud para los municipios y otros tantos referidos a documentos producidos por las

ESE o las Secretarías, en donde se da cuenta de soportes para el sistema de información y para la estrategia de comunicaciones.

La información fue clasificada y seleccionada en una línea del tiempo documental en donde se seleccionaron los documentos centrales para el análisis y aquellos que más aportaban acorde a las categorías y subcategorías de análisis, como se evidenciará más adelante.

1.1.1 Entrevistas

Se ha definido como una de las herramientas las entrevistas semiestructuradas, las cuales se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos y obtener mayor información. (Hernández, 2014)

Se establecieron unos grupos de interés que estuvieron en la formulación de la propuesta y otros que han estado en la ejecución. Luego se diseñó el instrumento con las preguntas claves, el cual tenía por objetivo develar apuestas organizacionales sobre la REMES, y cómo fue su implementación. En total se realizaron once entrevistas y se retomaron otras veinte que había realizado el programa REMES.⁹

1.1.2 MACTOR

El método MACTOR¹⁰ (Matriz de Alianzas y Conflictos: Tácticas, Objetivos y Recomendaciones) es una herramienta para hacer análisis de actores en el marco de estudios prospectivos, sin embargo será utilizado en el presente trabajo, en tanto permite analizar los actores de manera individual, en sus relaciones con los otros actores y de estos con los atributos de la gobernanza en salud.

⁹ Se realizaron entrevistas con dos2 secretarios de salud, tres 3 gerentes de ESE, un1 experto acompañante de la implementación de la REMES, una entrevista colectiva al equipo de trabajo, el exdirector del AMVA, eEl subdirector de Planeación del AMVA, el interventor y coordinador de la REMES, y se retomaron otras entrevistas realizadas en el marco de la sistematización de la REMES, trabajo realizado por la Institución Universitaria Esumer, en convenio con el AMVA.

¹⁰ Un software libre diseñado por el LIPSOR instituto Frances para el estudio prospectivo

El análisis de los actores se construye a través de la Matriz de Influencias Directas (MID), la cual tuvo en cuenta las trece ESE que participan de la REMES, las diez secretarías de salud del Valle de Aburrá, personas del equipo de trabajo y personas de las entidades aliadas, los cuales se agruparon de la siguiente manera:

- Secretarías de Salud.
- ESE que hoy hacen parte de la REMES.
- Entidades aliadas al proceso: Esumer, CCMA, SENA, Secretaria Seccional de Salud y Protección de Antioquia (SSSPA) y EPS Savia Salud.
- El AMVA, como gestor de la REMES.

Así mismo, se articularon los atributos de la gobernanza en salud expuestos en la Ilustración 2, los cuales entran a contar como parte de los objetivos puestos en juego en la implementación de la REMES. A partir de la definición de los diferentes actores y los objetivos se pasa a la elaboración de la Matriz de Actores por Objetivos (MAO).

Ambas matrices fueron diligenciadas por seis actores claves del proceso. Los que fueron definidos por su carácter representativo, por su experiencia y por su conocimiento del caso estudiado:

- Dos Integrantes de la red representante de hospitales y secretarías de salud.
- Dos integrantes del equipo de trabajo de la REMES.
- Dos expertos externos (sistematizadora y asesor en implementación del modelo de gestión de la REMES).

4 ANÁLISIS DE LA REMES EN EL MARCO DE LOS ATRIBUTOS DE LA GOBERNANZA

Después de haber procesado la información recolectada mediante las distintas técnicas definidas en la metodología, se describen a continuación los principales hallazgos a partir de la descripción analítica de los cuatro atributos de la gobernanza en salud en su dialogo con el caso de la REMES.

4.1 Hallazgos

El atributo denominado problema se compone de cuatro aspectos (Ilustración 3). El primero de ellos es la equidad en salud, que ha sido abordado con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), esta busca el acceso a la salud de los habitantes más vulnerables, y fue propuesto y gestionado por las diez secretarías de los municipios participantes. La APS fue definida como una de las estrategias de la REMES y la cual tiene acciones que apuntan claramente a la equidad en salud.

Ilustración 3 Atributo: Problemas



Fuente: Elaboración propia

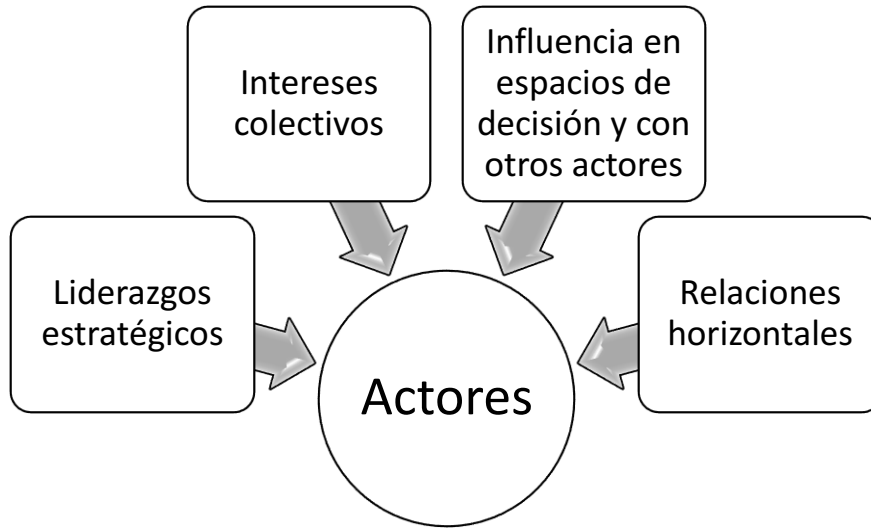
Con relación a las necesidades de los municipios y la subregión, se han realizado acciones en pro de conocer las características de estos, entre ellas el perfil epidemiológico y las caracterizaciones de estado de salud, que permitieron a las autoridades tomar decisiones más acertadas en sus políticas, respondiendo a las necesidades territoriales. La mirada, sin embargo, es aún municipalista, aunque los actores hoy reconocen similitudes de problemáticas en todo el Valle de Aburrá.

Las acciones intersectoriales se expresaron en el desarrollo de procesos formativos de los equipos de trabajo, directivos y población beneficiaria en diferentes temas que aportan al mejoramiento del sistema de salud y la eficiencia en el sector público. Es de destacar el tratamiento de la problemática de la pólvora, en donde se desarrollaron campañas colectivas como subregión.

La participación social, fue ganando mayor importancia en el tiempo, lo que se evidencia en la contratación de personas expertas en este tema, que ayudaron a desarrollar acciones con comunidades, como ligas de usuarios y los comités de participación comunitaria (COPACOS). Es de anotar que estas acciones no fueron contempladas al inicio del programa y su tratamiento, en general, es de menor desarrollo que otras acciones de la REMES.

En torno a los actores de la REMES, esta se conformó por las Secretarías de Salud de los diez Municipios del Valle de Aburrá, trece ESE de las diecisiete existentes en el Valle de Aburrá, el AMVA y otros actores público-privados que contribuyen al desarrollo del objeto de la red. Este atributo contempló cuatro aspectos (Ilustración 4). El primero de ellos se relaciona con las apuestas por generar un liderazgo estratégico, que se concentró en el actor público y tuvo cuatro matices: (a) las ESE se enfocaron a economías de escala que les ayudaran a ganar eficiencias y productividad; (b) las secretarías de salud abordaron asuntos relacionados con la APS, direccionamiento del sector salud que les ayudará a abordar asuntos de salud pública; (c) el AMVA actuó como facilitador y dinamizador del proceso; y (d) los otros actores público-privados que contribuyen como apoyo a los resultados de la REMES. Se nota una ausencia estratégica de entidades de salud privadas como EPS e IPS, de la SSSPA y hospitales públicos de segundo nivel.

Ilustración 4. Atributo: Actores



Fuente: Elaboración propia

Los intereses colectivos de la REMES no lograron trascender las visiones particulares y fragmentadas que buscaban ser superadas con la conformación de esta. Se definieron dos grandes intereses colectivos: APS y la HOSPIRED¹¹. Además se estructuraron doce proyectos acordados y diseñados colectiva y técnicamente, entre los cuales se destaca el de manejo de pólvora, salas de crisis, manejo de enfermedades crónicas y red de ambulancias. Estos fueron jalonados por los actores que tienen interés particular en ellos, así la APS fue liderada en mayor medida por las Secretarías de Salud, Hospired solo es conformada por diez ESE, y los proyectos contaron con actores a favor y en contra.

En términos de la influencia en espacios de decisión y con otros actores, se avanzó de manera significativa en política pública e intercambio de experiencias. A través de acuerdos o proyectos de acuerdo municipales con los concejos de siete de los diez municipios se logró tener una política pública que contempla las redes en salud y la estrategia de APS. También son

¹¹ HOSPIRED es la corporación red prestadora de servicios de salud del Valle de Aburrá, creada en el marco de la REMES, en agosto de 2013. Está conformada por 10 ESE del Valle de Aburrá y tiene por objeto la prestación de servicios integrales de salud para el Valle de Aburrá.

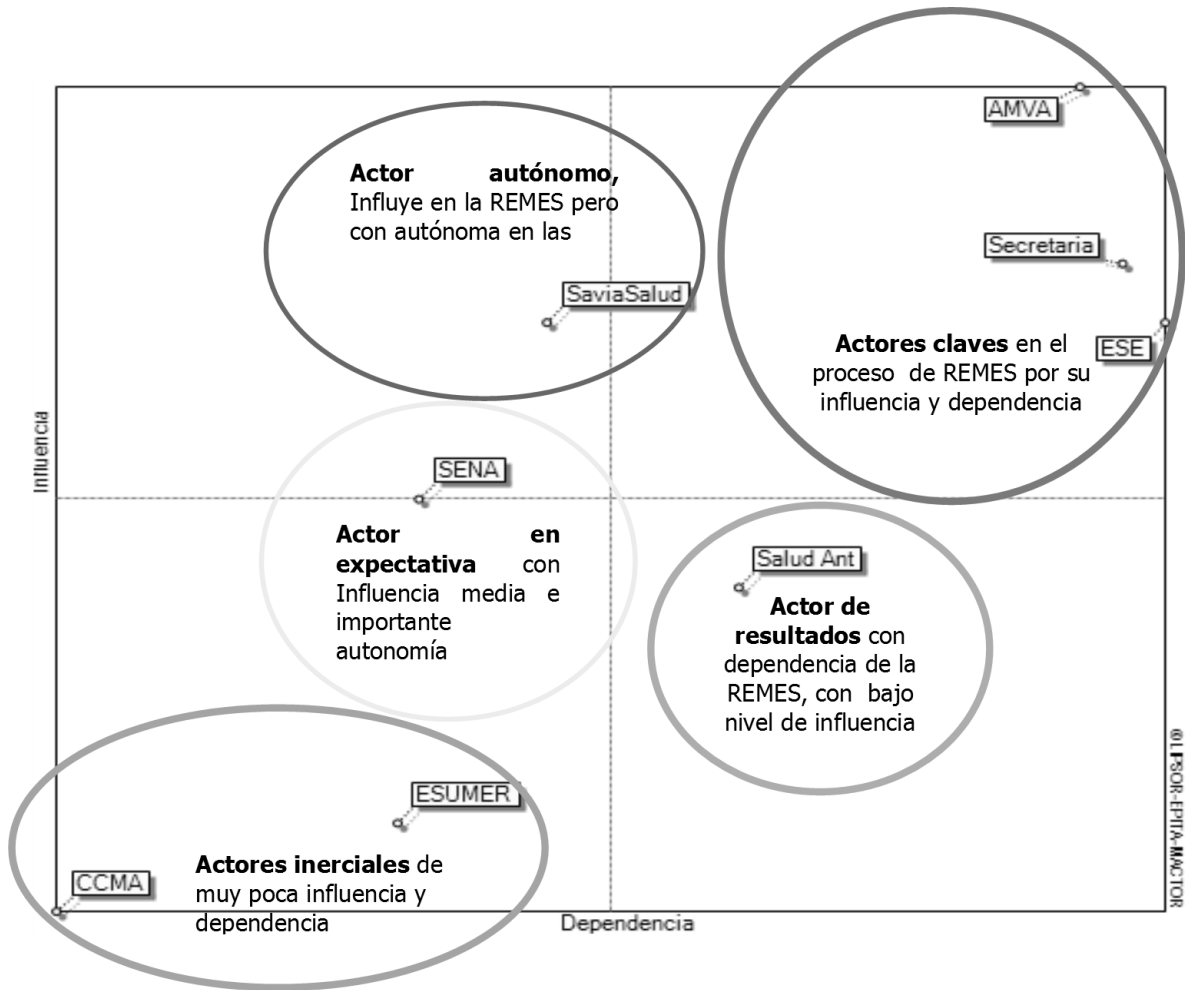
significativos los procesos de intercambio de experiencia entre los actores, los cuales reconocen buenas prácticas en sus pares y son retomadas por otros municipios.

Se expresaron relaciones horizontales entre pares que presentaban condiciones de desarrollo desigual y relaciones verticales de la entidad promotora desde lo funcional y administrativo. La REMES ayudó a balancear las relaciones entre municipios que históricamente han tenido mayor poder, como es el caso de Medellín y otros de niveles o categorías inferiores en términos de que se posibilitaron condiciones equitativas para los beneficios de la red y la valoración de experiencias exitosas de estos otros municipios. Desde lo vertical, la delegación de funciones, tareas y compromisos entre los diferentes participantes era impuesta en muchos casos por el AMVA.

El análisis de los actores mediante el plano de influencia y dependencia¹² que posibilita el MACTOR, permite visualizar cinco tipos de relaciones. Se resalta en primer medida los actores constitutivos de la REMES (AMVA, secretarías de salud y ESE), como se puede observar en la Ilustración 5 .

¹² Este plano representa en dos ejes el vertical la influencia y horizontal la dependencia entre todos los actores relacionados, así entre más influencia tiene un actor mayor es su fuerza en el relacionamiento con los otros, y entre mayor es su dependencia más dependencia genera de los demás actores.

Ilustración 5 Plano de influencias y dependencias de los actores



Fuente: Elaboración propia con el procesamiento de datos a través del MACTOR

En un primer relacionamiento emergen los actores claves (AMVA, Secretarías de Salud y ESE), dado que ejercen liderazgo sobre los otros actores y, a su vez, dependen de estos para los objetivos de la REMES. Se destaca con mayor influencia el AMVA, esto puede ser plausible, puesto que la entidad fue la abanderada del diseño de la REMES y posee recursos importantes para su implementación.

El segundo tipo de relacionamiento que se visualiza (Ilustración 5) ubica un actor autónomo con un alto nivel de influencia y con poca dependencia con los actores para la implementación de la REMES como es la EPS Savia Salud. Esta entidad, de carácter mixta, es el resultado de una

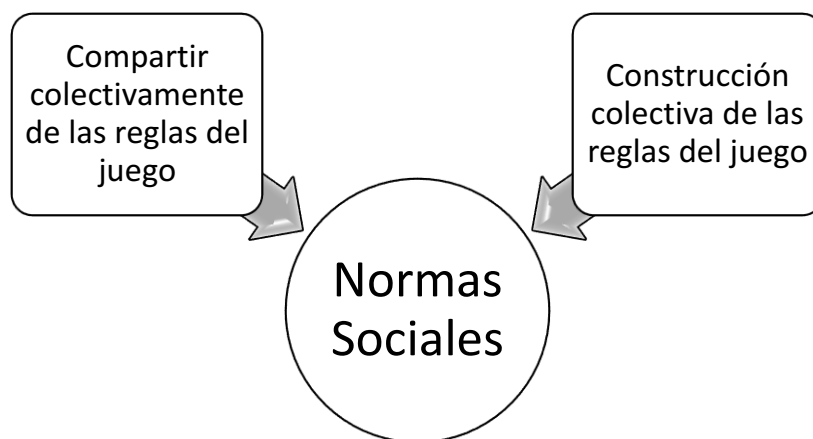
alianza entre el sector público, representado por la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia y el privado, representado por Comfama, como operador; su trabajo se centra en el régimen subsidiado, asunto que comparte con los hospitales públicos y las secretarías de salud, por lo que tiene importante fuerza en el relacionamiento de los actores.

La SSSPA de la Gobernación de Antioquia es un actor de resultados, en tanto tiene una dependencia importante de los otros actores pero su influencia es baja. La Gobernación se ha involucrado poco en la REMES por decisión propia, lo que ha llevado a que la SSSPA y sus hospitales públicos de segundo nivel no participen activamente, sin embargo, es claro que los resultados que tenga la REMES impactan en esta al ser autoridad en salud en todo el departamento de Antioquia incluido el Valle de Aburrá.

Un actor ubicado en un relacionamiento de expectativas es el SENA, este tiene una influencia media y una dependencia baja. El SENA es una entidad de carácter nacional e histórica que apoya a la REMES en procesos de formación, pero que no depende de esta ampliamente para cumplir los objetivos que se plantea.

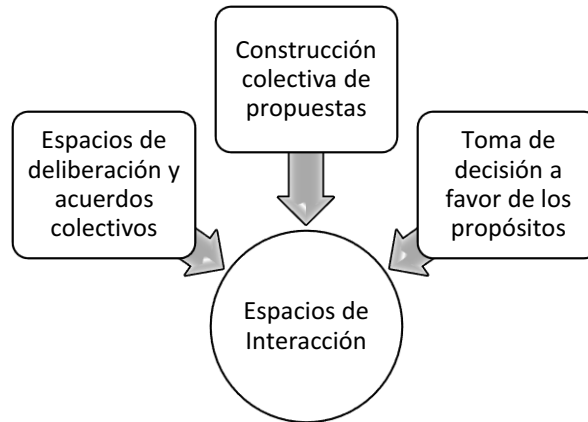
Por último, se encuentran los actores inerciales, los cuales tienen poca influencia y baja dependencia de los otros actores como son la CCMA y la Institución Universitaria Esumer. Estos dos actores, misionalmente, están enfocados en trabajar por el desarrollo empresarial y la formación empresarial de la región, sin embargo, su papel en la REMES ha sido de operadores lo que no se visualiza como un asunto que influya de manera significativa.

Las normas sociales, entendidas como las reglas de juego puestas en el ejercicio, indagan por si estas se compartieron entre los actores y si fueron construidas colectivamente (Figura 6). En este sentido, se compartieron algunos acuerdos sobre quienes participaban, cómo se delegaría esta participación y de qué manera se tomarían las decisiones. Para ello se formalizó este elemento con Acuerdos Metropolitanos que buscaban dejar clara la normativa de actuación, así mismo se han firmado una serie de convenios interinstitucionales para desarrollar acciones conjuntas entre las entidades, tales como la creación de HOSPIRED, acciones de formación y campañas colectivas.

Ilustración 6. Atributo: normas sociales

Fuente: Elaboración propia

Con relación a la construcción colectiva de reglas de juego, contempla tres aspectos: los espacios de deliberación y de acuerdos colectivos, la construcción colectiva de propuestas y la toma de decisiones a favor de los propósitos (Ilustración 7). Se presenta ambivalencia en torno a las reglas definidas inicialmente y la operación de la REMES. Uno de los elementos destacados por los diversos actores en entrevistas fue la importancia del trabajo asociativo desarrollado al inicio de la experiencia el cual tenía por objetivo trabajar en red más que conformar una red, “el objetivo fundamental, más que crear que una red es trabajar en red, que se puedan consolidar proyectos conjuntos y de beneficio común” (Gómez, 2015). Sin embargo el ejercicio se cargó de conformación de estructuras y legalización de la REMES, en los cuales algunos estuvieron a favor y otros tienen resistencia al mismo. En la operación también se encuentran cambios en las reglas de juego dado que se pasó de líneas estratégicas de mayor amplitud a un enfoque más gerencial, distanciándose del tema de gobernanza.

Ilustración 7 Atributo: Espacios de Interacción

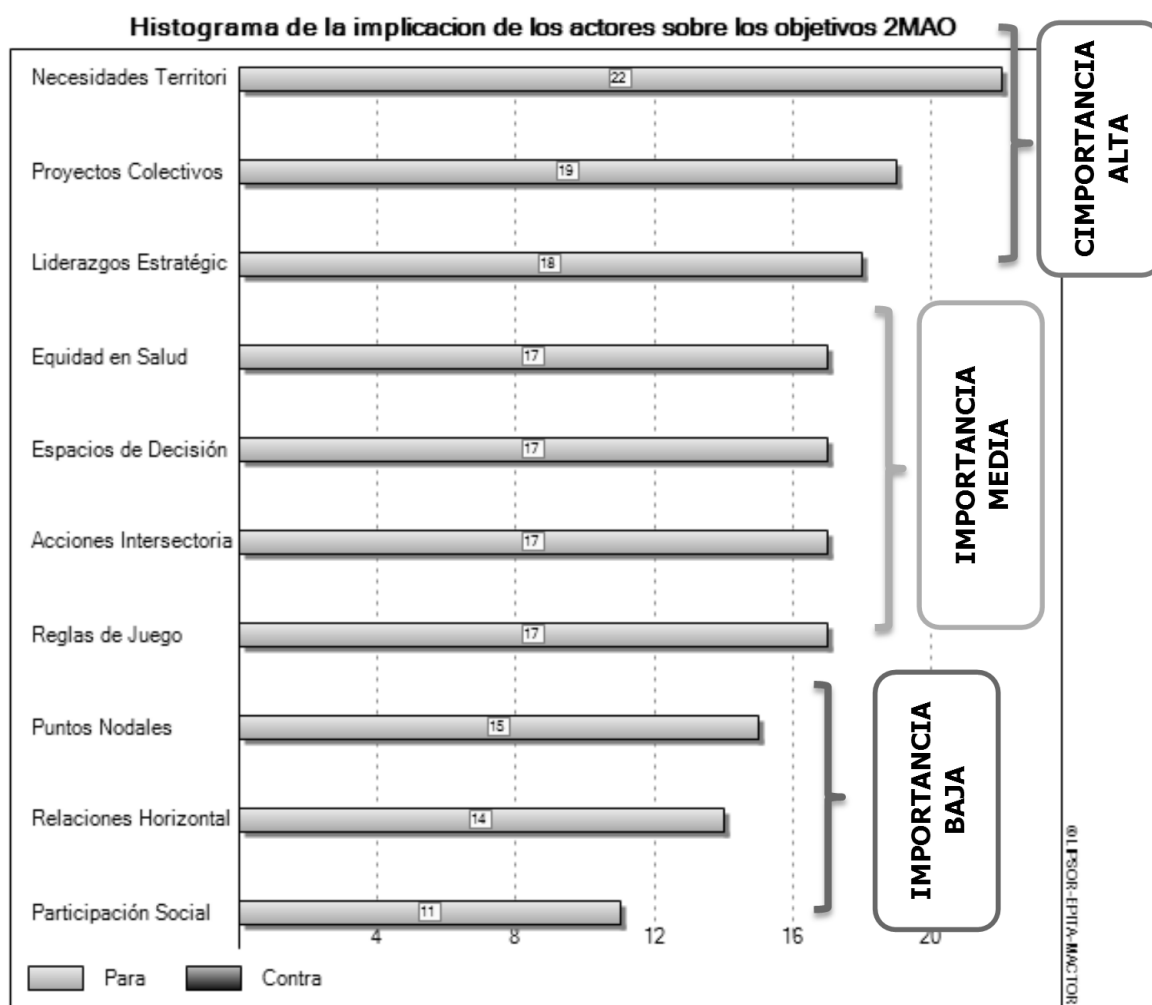
Fuente: Elaboración propia

En torno a los espacios de interacción, se indagó por aquellos existentes de deliberación y de acuerdos colectivos, por la construcción colectiva de propuestas y por cómo se realiza la toma de decisiones a favor de los propósitos de las REMES. Desde el año 2012, cuando se conforma la REMES, esta nace bajo una concepción de articulación y superación de la fragmentación para ello han sido diversos los espacios de deliberación como los procesos formativos y de direccionamiento estratégico, los grupos de líderes de los municipios y los equipos operativos, sin embargo algunos de los temas tratados en los encuentros giraron en torno al seguimiento más que a la construcción colectiva. Se destaca la interacción que posibilitan los sistemas de información como espacios virtuales que ayudan a la articulación, aspecto que ha sido priorizado por los diferentes actores y en los cuales la REMES ha presentado avances.

La construcción colectiva de propuestas fue amplia y fragmentada por parte de los diferentes actores. Se logran acuerdos frente a temas de interés de salud pública y de necesidad para los hospitales, estos últimos con cierta tendencia a ser abordados desde el emprendimiento y las eficiencias de los hospitales públicos, lo que se volvió factible en proyectos que se han venido perfeccionando técnicamente. En vía de la toma de decisiones es importante mencionar que la REMES, mediante diferentes interacciones, se ha venido dinamizando de manera diferencial para las ESE y las Secretarías de salud lo que, en parte, puede no estar contribuyendo a la superación de la fragmentación propósito central de la REMES.

El análisis de relación de los actores sobre los atributos de la gobernanza muestra que estos se focalizaron en tres aspectos, las necesidades del territorio, los proyectos colectivos y los liderazgos estratégicos, posibilitando consolidar enfoques asociativos, estratégicos y territoriales como se muestra en el histograma de la Ilustración 8

Ilustración 8 Histograma de relacionamiento de actores y atributos de la gobernanza en salud



Fuente: Elaboración propia con el procesamiento de datos a través del MACTOR

El segundo grupo de objetivos en donde los actores le dan una importancia media son la equidad en salud, los espacios de decisión, las acciones intersectoriales y las reglas de juego, los cuales refieren a apuestas de desarrollo y consolidación de las relaciones.

Finalmente, los aspectos donde los actores son menos favorables o le dan menos importancia son los puntos nodales, las relaciones horizontales y la participación social, estos últimos tres aspectos dan cuenta de la convivencia entre los actores y los ejercicios de poder.

4.2 Resultados

Los resultados principales del trabajo dan cuenta de las brechas y elementos de validación con relación a la hipótesis planteada. Las brechas explican los elementos en donde no se cumplen o se alejan los atributos de la gobernanza en salud con la experiencia de la REMES; y los elementos de validación dan cuenta de las cercanías y aciertos entre la REMES y los atributos de la gobernanza en salud.

4.2.1 Elementos de Validación

La REMES ha definido propósitos que aportan a la superación de problemáticas de la subregión, como la equidad en salud, y ha desarrollado estrategias soportadas en acciones intersectoriales que pueden ser enmarcados en los atributos de la gobernanza en salud. Estrategias como APS buscan aportar a la superación de problemáticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y mayor acceso a poblaciones vulnerables bajo enfoques de intersectorialidad, donde se articulan diversas acciones que impactan los determinantes sociales de la salud.

Se ha encontrado que la REMES tuvo como apuesta el fortalecimiento del liderazgo de los actores públicos los cuales pudieron establecer relaciones horizontales. Los actores públicos involucrados en la REMES lograron relacionarse en pro de propósitos comunes a través de encuentros, mesas, espacios colectivos y proyectos, donde las relaciones que primaron fueron de pares así sus desarrollos fueran desiguales. A lo anterior se suma que los actores vivieron procesos de cualificación que llevaron a que tuvieran una incidencia significativa en espacios de poder donde promovieron políticas públicas y decisiones públicas, en torno a los temas priorizados en la REMES.

La normatividad metropolitana llevó a que las reglas de juego de la REMES fueran conocidas y aceptadas por los diferentes actores involucrados. Desde la creación conjunta de la REMES, en que se definieron objetos, actores partícipes, estrategias, funciones y proyectos, los diferentes actores participaron y fueron tomadores de decisión. Lo anterior condujo a que la aceptación de estas normativas sociales fueran atendidas tranquilamente por los diferentes municipios y validadas como necesidades de la subregión.

La REMES contó con diversos espacios de interacción, tanto físicos como virtuales, que permitieron el encuentro y por tanto el intercambio de conocimiento y la construcción colectiva de propuestas. Desarrollar interacciones que ayuden a la transformación de las necesidades inicialmente planteadas es una característica de la gobernanza en salud, en tanto permite que no se centren las decisiones ni que estas beneficien solo a una minoría, estos asuntos fueron evidentes en el transcurso de implementación de la REMES.

4.2.2 Brechas

Si bien los problemas que dan inicio a la REMES son claves para el mejoramiento de la salud de los habitantes de la subregión y son propósitos enmarcados en la gobernanza en salud, su abordaje ha sido tímido, particularmente, en los temas de participación social, que inicialmente no se visualizaban claramente como una apuesta de la REMES. Este aspecto contribuye de manera significativa a la gobernanza en salud, en tanto es en el involucramiento del ciudadano, las comunidades y las familias en los temas de salud que se logra inmiscuir otros actores y no dejarle la responsabilidad sólo a los gobiernos. De otro lado, las necesidades de los territorios son abordadas desde instrumentos como diagnósticos, pero falta profundizar en miradas subregionales y avanzar en problemáticas que van más allá de las necesidades puntuales y de corto plazo.

La REMES se caracterizó por la falta de actores claves para lograr una apuesta de gobernanza en salud y algunas de sus acciones no apuntaron a superar los intereses individuales y las relaciones verticales. El liderazgo ejercido por el AMVA facilitó las relaciones entre los actores al no tener intereses particulares en el sector salud, pero tampoco fue claro en las miradas de largo plazo

para la gestión de la REMES. Además, algunas de sus actuaciones fueron verticales al ser el actor más influyente de los involucrados.

La participación de la Gobernación de Antioquia se caracterizó por ser poco articulada y en algunos momentos de no cooperación, lo que dificulta los objetivos emprendidos por la REMES, pues la entidad departamental tiene responsabilidades concretas a través de su SSSPSA y hospitales de segundo nivel. De esta manera, no se logró conectar los niveles de atención de primer nivel y segundo nivel del sur y norte del Valle de Aburrá, en concreto, al no participar los hospitales departamentales.

De esta manera, se evidencia cómo la REMES se inicia como una iniciativa solo del sector público en busca de fortalecer sus capacidades, pero no contempla el fortalecimiento de sus relaciones con el sector privado, elemento clave para el fortalecimiento de la salud pública de los municipios y de la región, dado que los privados en el sector salud están representados en EPS, IPS, hospitales de alta complejidad y entidades de educación y cooperación del sector salud. Esto limita el alcance de un modelo de gobernanza en salud que busca la interacción de diversos actores y reconozcan que la salud es un asunto de interés colectivo.

Finalmente, la fragmentación de la atención en salud como mayor propósito de la REMES no fue claramente abordada, dado que las apuestas fueron diferenciales, acordes a los intereses de los actores. Se apostó por iniciativas, proyectos y acciones que respondieran a los intereses de los actores centrales como las secretarías y ESE, asunto que en algunos casos no fue claramente articulado para lograr tener mayor impacto en las necesidades centrales de la subregión Valle de Aburrá.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio de la gobernanza en salud y sus atributos, aplicado a un caso como la REMES, es pertinente en tanto permite una comprensión más amplia del caso. De esta manera se posibilita que el análisis de las problemáticas, el relacionamiento de los actores y cómo definen las reglas de juego para la búsqueda de soluciones y acuerdos colectivos, sea contemplado en la

comprensión de las redes del sector salud. Después de realizar un análisis en conjunto de estos aspectos en la experiencia de REMES, se presentan algunas conclusiones y recomendaciones sobre tres aspectos: los referentes teóricos, el caso estudiado y los resultados obtenidos.

- Las definiciones de gobernanza en salud que se centran en las relaciones horizontales son precarias para analizar casos de redes. Si bien este es un aspecto significativo, deja de lado otros elementos importantes, como los de orden normativo, que abarcan preguntas sobre qué problemáticas abordar y cómo se promueve el cambio.
- No es posible encasillar el modelo de gestión de la REMES como un caso sólo de gobernanza en salud, puesto que involucra otros modelos de implementación de políticas. Algunos actores ven en la REMES una oportunidad de generar economías de escala, un emprendimiento de salud, y la gestión del programa ha tenido un énfasis en lo gerencial dando prioridad a generar eficiencias económicas. Del mismo modo, se encuentran relacionamientos de los actores con un acento en el control de actividades, la división de las tareas entre técnicos (equipos de trabajo y asesores), y políticos (alcaldes y secretarios), lo que permite intuir que la REMES guarda elementos de modelos de implementación como el burocrático y el de NGP.
- Lo territorial debe ser abordado como un elemento del estudio de la gobernanza en salud. El caso de REMES ayuda evidenciar que existe una normativa internacional y nacional favorable a la articulación,. Pero es en las realidades locales en donde se ponen en juego los intereses, los conflictos, y las reglas de juego, por tanto, podría ser enriquecedor apostar por elementos de análisis que permita profundizar en las particularidades y en lo local, ayudando a potenciar la mirada sectorial de la salud con una mirada también territorial.
- El presente trabajo se abordó desde la implementación de las decisiones en el marco del ciclo de políticas públicas, sin embargo analizarlo desde todo el ciclo enriquecería el estudio. Lo anterior permitiría ver otras perspectivas: ¿cómo se definió el problema

público?, ¿correspondía a una agenda política?, ¿las decisiones tomadas fueron acertadas? y ¿cuáles son los resultados e impactos,? Esto ayudaría a ampliar el panorama de estudio.

- La REMES como programa público del AMVA tuvo dinamismo, en parte porque había recursos para desarrollar las acciones y estrategias definidas Sin embargo, al no ser un tema misional de la entidad, se pone en riesgo su prolongación. Es de advertir que se ha avanzado en política pública en los municipios del Valle de Aburrá sobre redes en salud y APS, pero aún no hay bases sólidas para darle continuidad a este tipo de experiencias. De esta manera, no puede evidenciarse desde el punto de vista de la metagobernanza que los actores pueden redefinir las reglas del juego, pues despenden en gran medida de los recursos humanos, financieros de entidades como el AMVA.
- Una apuesta por un modelo de gobernanza debe involucrar a sectores públicos y privados necesarios para generar el cambio esperado. La implementación de la REMES no contempló, ni promovió el involucramiento del sector privado de la salud, como las EPS, IPS, entidades de formación del sector salud, entre otras; en la idea de que primero debe fortalecerse el sector público, asunto que no riñe, pues los modelos de gobernanza han mostrado que es en el relacionamiento de diversos actores, tanto públicos como privados, en que se logra tener un mayor alcance.
- Las pocas acciones contempladas en torno a la participación social afecta la posibilidad de un modelo de gobernanza en salud. La REMES desarrolló tímidas acciones para involucrar al ciudadano, las comunidades organizadas y la sociedad civil, asunto clave en un proceso de gobernanza en salud. Esto ayuda a pasar de una comprensión de que los temas de salud son solo responsabilidad de los gobiernos y pone a los diferentes actores como corresponsables de los logros de la misma. La participación social como es abordada tiene vacíos, en tanto aún se ve al ciudadano como beneficiario y no como promotor del cambio. La inclusión de los temas de participación social en la gobernanza en salud puede ser una nueva manera de construir poder, que lleve a la visualización de actores formales y no formales para potenciar la experiencia.

- En cuanto a los resultados analizados entre los atributos de la gobernanza y la REMES, se encontró una alta valoración de los actores por el trabajo en red, más que la conformación de estructuras organizativas en red. Para lograr trabajar en red entre diversos actores se requiere de procesos de negociación y concertación colectiva y un relacionamiento dinámico de orden horizontal. Para ello es importante los procesos de formación y promoción de la asociatividad, entendida como un factor que promueve el trabajo en conjunto a favor de propósitos colectivos.
- La gobernanza en salud pone un énfasis en los actores estratégicos, sin embargo es necesario profundizar este elemento a la luz de la REMES, para que permita una mayor incidencia en espacios de decisión como la Gobernación de Antioquia y la Junta Metropolitana, así como con entidades del sector privado que ayuden a generar resultados de mayor alcance y desde una apuesta de largo plazo.
- Iniciativas de desarrollo enmarcadas en la salud pública y no sólo en la respuesta a la eficiencia y la mirada economicista de generación de ganancia posibilitará que la experiencia se potencie. Para ello, es necesario que todos los actores involucrados se centren en un objetivo en común de largo aliento que le dé vigencia a la REMES en términos del mejoramiento de la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. Se encontró que algunos actores solo veían significativa la REMES como posibilidad de fortalecimiento de los hospitales públicos.
- Relaciones que superen lo meramente funcional ayudará a que estas se hagan en un marco más ajustado a la gobernanza en salud, como relaciones de desarrollo. Se encontró que algunas de las relaciones generadas en la REMES son fragmentadas o desconocidas para los otros actores, caso que sucede con la CCMA, entidad que se visualiza como un aliado estratégico, pero que, en la práctica, tiene una participación mínima, mientras que otros actores como la EPS Savia Salud, con una influencia significativa, se relaciona sólo en proyectos puntuales, cuando su presencia puede ser vital para que la REMES se fortalezca

REFERENCIAS

- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (1999). *Área Metropolitana*. Recuperado el 15 de marzo de 2015, de metropol.gov.co:
<http://www.metropol.gov.co/institucional/Acuerdos%20Metropolitanos/2013/ACUERDO%2009.pdf>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (29 de Junio de 2012). *Metropol*. Recuperado el 15 de marzo de 2015, de metropol.gov.co:
<http://www.metropol.gov.co/institucional/Acuerdos%20Metropolitanos/2012/ACUERDO%2012.pdf>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (14 de junio de 2013). *Área Metropolitana*. Recuperado el 15 de marzo de 2015, de metropol.gov.co:
<http://www.metropol.gov.co/institucional/Acuerdos%20Metropolitanos/2013/ACUERDO%2009.pdf>
- Camara de Comercio de Medellin para Antioquia. (2006). *Avances de la estrategia Cluster en Medellín y Antioquia*. Medellín: Camara de Comercio de Medellín para Antioquia.
- Camara de Comercio de Medellín para Antioquia. (26 de 03 de 2015). *Camara de Comercio de Medellín para Antioquia - Comunidad Cluster*. Obtenido de
<http://www.camaramedellin.com.co/site/Cluster-y-Competitividad/Comunidad-Cluster/Cluster-Medicina-y-Odontologia.aspx>
- Gómez, H. (20 de 02 de 2015). Entrevista Sistematización REMES. (M. Pulgarín, Entrevistador)
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGrawHill.
- Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: pública: hacia un marco analítico. *Revista de Salud Pública*, 39-61.
- La base de la Ley - LexBase. (Junio de 1991). *LexBase*. Recuperado el 15 de marzo de 2015, de lexbase.com: <http://www.lexbase.biz>
- La base de la Ley - LexBase. (23 de Diciembre de 1993). *LexBase*. Recuperado el 15 de Marzo de 2015, de lexbase.com:
<http://www.lexbase.biz/lexbase/normas/leyes/1993/10100de1993.htm>
- La base de la Ley - LexBase. (19 de Enero de 2011). *LexBase*. Recuperado el 15 de marzo de 2015, de lexbase.com:
<http://www.lexbase.biz/lexbase/normas/leyes/2011/11438de2011.htm>

- La base de la Ley - LexBase. (16 de Febrero de 2015). *LexBase*. Recuperado el 15 de Marzo de 2015, de [lexbase.com:](http://www.lexbase.biz/lexbase/normas/leyes/2015/11751de2015.htm)
<http://www.lexbase.biz/lexbase/normas/leyes/2015/11751de2015.htm>
- Labonté, R. (Abril de 2010). Health Systems Governance for Health. *Revista de Salud Pública*, 12, 62-76.
- Lerma, H. (2009). *Metodología de la investigación*. Bogotá, Colombia: ECOE EDICIONES.
- Martinez, P. (2006). El Método de Estudio de Caso. *Pensamiento y Gestión*, 165 - 193.
- Morales, N. (2011). *Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción* (Primera ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario.
- Prats, J. (2005). *Posgrado en Comunicación Política* (Primera ed.). Madrid, España: Instituto Nacional de Administración Pública. Recuperado el 26 de 03 de 2015, de
http://www.ecpunr.com.ar/Docs/bc5210f22457c06_Gobernanza%20Joan%20Prats.pdf
- Roth, A. (2014). *Políticas Públicas*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Roth, A., & Molina, G. (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Revista de Salud Pública*(15), 44-55.
- Salamon, L. (2002). The Tools of Government. A Guide to the New Governance. En L. Salamon. USA.